Vol. 11, No 2, Autumn & Winter 2022 ISSN(Print): 2251-6352 ISSN(Online): 2423-4265

Research in Clinical Psychology and Counseling

https://tpccp.um.ac.ir

Research Article DOI: 10.22067/tpccp.2022.67410.1002

The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Anxiety Sensitivity, Thought Fusion and Obssessive Symptoms in People with Obsessive-Compulsive Disorder

Motaharhe Sadat Mirdamadi[1], Fatemeh Izadi[2]

Recived: 05/12/2020 Accepted: 25/4/2022

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to examine the effectiveness of transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity, thought fusion, and obsessive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder.

Method: The research methodology was a semi-experimental design with pretest-posttest and a control group. From the target population (all women suffering from obsessive-compulsive disorder in Isfahan province in 2019), using the voluntary sampling method, 30 women were selected based on the inclusion and exclusion criteria of the research and clinical interview and were then randomly divided into experimental and control groups.The instruments applied in the current study encompassed the Yale-brown Obsessive Scale, the Anxiety Sensitivity Scale, and the Thought Fusion Questionnaire. After implementing the pre-test, the experimental group received ten 60-minute group sessions of transdiagnostic treatment while the control group received no intervention. Finally, after implementing the post-test, the data were analyzed using an analysis of covariance.

Findings: The results of this study demonstrated that transdiagnostic treatment was significantly effective in reducing anxiety sensitivity, thought fusion, and obsessive symptoms of the people with obsessive-compulsive disorder in the experimental group compared to the control group. According to the findings of this research, therapists can use this treatment method to reduce the symptoms of anxiety sensitivity, confusion of thoughts, and obsessive symptoms of people suffering from obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, Anxiety sensitivity, Thought fusion, Transdiagnostic treatment

Citation: Mirdamadi, M., Izadi, F. (2022). The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Anxiety Sensitivity, Thought Fusion and Reduction of Symptoms in People with Obsessive-Compulsive Disorder. Research in Clinical Psychology and Counseling, 11(2), 57-76. doi: 10.22067/tpccp.2022.67410.1002

1. M. A. in Clinical Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Depatment of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran. (Corresponding Author), Email: izadi@iauksh.ac.ir

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره

https://tpccp.um.ac.ir

مقاله پژوهشی	DOI: 10.22067/tpccp.2022.67410.1002	دسترسی آزاد

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار و کاهش علائم افراد مبتلا به وسواس فکری عملی

مطهره سادات میردامادی[۱]، فاطمه ایزدی[۲]

تاریخ دریافت: ۹۹/۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۵

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار و کاهش علائم افراد مبتلا به وسواس فکری عملی بود.

روش: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. بدین منظور تعداد ۳۰ زن، از بین جامعه آماری پژوهش که کلیه‌ی زنان مبتلا به وسواس فکری عملی استان اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند، بر اساس معیارهای ورود و خروج از پژوهش و مصاحبه بالینی انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارت بودند از پرسشنامه وسواس ییل‌براون، مقیاس حساسیت اضطرابی و پرسشنامه درآمیختگی افکار. پس از اجرای پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت آموزش درمان فراتشخیصی قرار گرفتند و شرکت کنندگان گروه کنترل مداخله ای را دریافت نکردند. در نهایت پس از اجرای پس‌آزمون، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که درمان فراتشخیصی موجب کاهش حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار و علائم افراد مبتلا به وسواس فکری عملی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است و این تغییرات از نظر آماری معنادار هستند. با توجه به یافته های این پژوهش، پیشنهاد می شود که درمانگران از این روش درمانی برای کاهش نشانه‌های حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار و علائم افراد مبتلا به وسواس فکری عملی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: وسواس فکری عملی، حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار، درمان فراتشخیصی

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.
mosmir1414@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول) ،
izadi@iaukhsh.ac.ir

مقدمه

اختلال وسواس فکری عملی[1] به عنوان یکی از اختلال‌های روان‌شناختی آسیب‌زا، به وسیله افکار تکرار شونده، مقاوم و رفتارهای تکراری همراه با اضطراب شناخته می‌شود. عموم افراد مبتلا، دارای هر دو علائم فکری و عملی هستند. افکار و اعمال تکراری حاصل از اختلال وسواس فکری عملی، اموری لذت‌بخش و ارادی نیستند. این افکار به شکل غیرارادی بروز کرده و معمولاً در افراد ایجاد نگرانی و اضطراب می‌کند (McCabe et al., 2019). همبودی اختلال افسردگی و علائم وسواس فکری عملی می‌تواند به علائم آسیب‌شناسی روان‌شناختی و خطر خودکشی در افراد منجر شود (Jones, Mair, Riemann, Mugno, & McNally, 2018). در صورت عدم درمان، سیری مزمن با نوسان علائم پیدا می‌کند. در بعضی افراد سیر دوره‌ای دارد و تعداد کمی هم به سمت تباهی ناتوان‌کننده‌ای پیش می‌روند. سیر بیماری در صورت وجود سایر اختلالات، پیچیده‌تر می‌شود (Association, 2013). بررسی‌های صورت گرفته در داخل کشور شیوع اختلال وسواس فکری عملی را در زنان ۹/۳۷ درصد برآورد کرده‌اند (Amani, Abolghasemi, Ahadi, & Narimani, 2013).

یکی از متغیرهای مهم در ارتباط اختلال وسواس فکری عملی، حساسیت اضطرابی است که در این پژوهش مورد بررسی قرارگرفته است (Timpano, Raines, Shaw, Keough, & Schmidt, 2016). حساسیت اضطرابی که به عنوان یک متغیر شناختی، نشان‌دهنده تفاوت‌های فردی است که به وسیله ترس از احساسات اضطرابی (ترس از ترس) مشخص می‌شود و نشان‌دهنده گرایش به فاجعه‌نمایی در رابطه با پیامدهای چنین احساس‌هایی است (Richey, Schmidt, Hofmann, & Timpano, 2010). یافته‌ها روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی حاکی از آن بود که حساسیت اضطرابی همبستگی معنی‌داری با مؤلفه‌های وسواس فکری (افکار مرتبط با آلودگی، تردید مرضی و چک کردن) دارد که این خود اضطراب بالا و غیرقابل کنترل را برای بیمار به همراه دارد (Raines, Oglesby, Capron, & Schmidt, 2014). فرد دارای حساسیت اضطرابی بالا نه تنها رویدادهای استرس‌زا، بلکه وقایع نسبتاً عادی را نیز فاجعه‌آمیز تلقی می‌کند، درحالی‌که فرد دارای حساسیت اضطرابی پایین این رویدادها را نامطلوب تلقی کرده ولی در مورد آن‌ها دست به فاجعه‌سازی نمی‌زند؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که ارزیابی فرد از یک موقعیت استرس‌زا در پیامدهای بعدی آن نقشی تعیین‌کننده دارد. یک رویداد خاص را دو فرد به صورت‌های متفاوتی ادراک می‌کنند و این امر بستگی به ارزیابی آن‌ها از موقعیت مورد نظر دارد و به نظر

1. obsessive compulsive disorder

می‌رسد که حساسیت اضطرابی این ارزیابی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. بر همین اساس، بررسی‌ها نشان می‌دهند که حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب‌پذیری در ایجاد و تداوم اختلالات روانی است (McWilliams, Clara, Murphy, Cox, & Sareen, 2008).

در دهه‌های اخیر بررسی‌های بسیاری بر روی الگوهای شناختی و هیجانی در سنجش و درمان اختلال وسواس، بر پایه ارزیابی هیجان و افکار انجام شده است. یکی از متغیرهای دیگری که با این علائم در ارتباط است درآمیختگی افکار است. باورهایی درباره افکار یا احساسات مزاحم، در پی اصطلاحات معرفی شده از سوی راچمن (Rachman, 1993) برای توصیف تحریف‌های شناختی در اختلال OCD «باورهای آمیختگی» یا درآمیختگی افکار نام‌گذاری شده‌اند که عبارتند از باوری مبتنی بر این‌که افکار، احساسات یا تکانه‌های مزاحم به تنهایی می‌توانند فرد را به انجام اعمال ناخواسته و ناشایست وادار سازد یا مبتنی بر این‌که یک فکر مزاحم به تنهایی می‌تواند سبب وقوع رویداد خاص شود و یا این‌که افکار و احساسات می‌توانند به اشیاء منتقل شوند، پیامدی که افکار و احساسات را واقعی‌تر، قدرت آسیب‌زایی آن‌ها را بیشتر و گریزناپذیر می‌سازد یا موجب از بین رفتن اشیاء می‌شود. این باورها شکل اغراق‌آمیز باورهایی هستند که بسیاری از مردم به نوعی دچار آن هستند و مدام فرد را در یک وضعیت ناراحتی قرار می‌دهند (Wells, 2009).

در تلاش برای درک عوامل مؤثر بر OCD، تحقیقات نقش هیجان‌ها و افکار و تجربه‌های درونی را مهم می‌دانند؛ بنابراین، نیاز به یک پروتکل درمانی جامع‌تر علاوه بر درمان‌های شناختی و رفتاری و دارودرمانی، احساس می‌شود (Robinson & Freeston, 2014). یکی از درمان‌هایی که به تازگی مورد توجه قرار گرفته، درمان فراتشخیصی است. پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی (UP[1]) از اصول کلیدی درمان شناختی رفتاری سنتی است (Barlow & Craske, 2006) که از نظر تجربی به اثبات رسیده و ادغام آن با پیشرفت‌های حاصل شده از مطالعه بر روی تنظیم و بد تنظیمی هیجان‌ها (Fairholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich, & Barlow, 2010) اقتباس شده است. پروتکل یکپارچه همچنان اصول اساسی CBT سنتی به اختلالات هیجانی مانند یادگیری خاموش‌سازی، از طریق جلوگیری از استراتژی‌های اجتناب شناختی و رفتاری، مواجهه رفتاری، هیجانی و نیز شناسایی و اصلاح شناخت‌های ناسازگار را مورد استفاده قرار می‌دهد (Barlow et al., 2011). هدف اصلی از رویکرد فراتشخیصی این است که درمانگر عوامل و فرایندهای مشترک بین اختلالات مختلف را مفهوم‌سازی نماید و راهبردهایی مبتنی بر شواهد قبلی

1. unified protocol

برای حل آن‌ها ارائه دهد. به این ترتیب، کارآمدی و کارایی درمان افزایش می‌یابد و اجرای درمان هم برای درمانگر و هم بیمار راحت‌تر می‌شود (Mennin & Fresco, 2014).

نتایج مطالعه (Farchione et al., 2012) نیز حاکی از اثربخشی این درمان بر اختلالات وسواس فکری عملی، اضطراب فراگیر، اختلال وحشت‌زدگی و اختلال اضطراب اجتماعی است.

بروسل و همکاران (Boswell et al., 2013) در مطالعه خود به بررسی اثر درمان فراتشخیصی در کاهش حساسیت اضطرابی و نشانه‌های اضطرابی پرداختند. علی‌رغم آنکه نتایج این مطالعه ارتباط علّی را مطرح نکرد اما توانست ارتباط معناداری را بین رویارویی با نشانه‌های بدنی[1] با کاهش حساسیت اضطرابی نشان دهد. در پژوهشی حسن‌پور، آقایوسفی، ضمیر و علی‌پور (Hasanpoor, Aghausefi, Zamir, & Alipour, 2019)، به مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و مواجهه‌سازی-بازداری پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان و علائم در مبتلایان به وسواس فکری عملی پرداختند. جامعه‌ی مورد مطالعه کلیه‌ی افراد مبتلا به OCD مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روان‌شناختی قزوین بودند. چهل بیمار با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در ۲ گروه (گروه اول تحت درمان فراتشخیصی و گروه دوم تحت درمان ERP) گمارش شدند. نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی به طور معناداری باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای و همچنین، بهبود در تنظیم شناختی هیجان و کاهش علائم در افراد مبتلا به OCD شده است.

همین‌طور بهرام‌خانی (Bahramkhani, 2016) به بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اختلالات هیجانی پرداخت. نتیجه حاکی از آن است که پروتکل یکپارچه اثر معناداری بر کاهش علائم هر چهار اختلال (وسواس فکری عملی، اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر و افسردگی) در گروه آزمایش داشته است و در پژوهش دیگری اثربخشی درمان فراتشخیصی بر تحمل ابهام و کاهش آمیختگی افراد مبتلا به وسواس فکری عملی تأیید شد (Sedigh, Haghayegh, Mousavi, & Farhadi, 2021).

در این راستا، بر اساس آنچه بیان شد، به دلیل ماهیت بسیار مقاوم و غیرمنطقی حالات وسواس فکری عملی و مشکلات زیاد این اختلال برای فرد و جامعه، درمان این اختلال و متغیرهای دخیل در آن یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های پیش روی متخصصان بهداشت روان است و نیز ازآنجایی‌که زیربنای وسواس فکری عملی، اضطراب است و نقص در تنظیم هیجان باعث تداوم اختلال می‌گردد و همپوشی قابل‌توجهی بین انواع اختلال‌های اضطرابی و خلقی وجود دارد، پروتکل درمان فراتشخیصی درمان جامعی است که علاوه بر تنظیم هیجان و اصلاح شناخت‌های ناسازگار، می‌توان آن را برای درمان همزمان اختلال‌های هم وقوع به

1. interoceptive exposure

کار برد و به نظر می‌رسد بر کاهش حساسیت اضطرابی و درآمیختگی افکار و علائم وسواس مؤثر واقع گردد. همچنین از آنجا که بر اساس بررسی‌های محقق اکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر علائم وسواس و متغیرهای مهم در این اختلال از جمله حساسیت اضطرابی و درآمیختگی افکار نپرداخته است و در این زمینه خلأ وجود دارد؛ لذا، پژوهش حاضر در راستای هدف و ضرورت خود درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان فراتشخیصی بر حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار و کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی مؤثر است؟

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه‌ی زنان مبتلا به وسواس فکری عملی استان اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت داوطلبانه بود. به دلیل شرایط به وجود آمده از بیماری کرونا پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین تنظیم گردید و از طریق واتس‌آپ و تلگرام در اختیار چند مرکز مشاوره‌ی استان اصفهان و همچنین گروه‌های دانشجویی قرار گرفت. سپس طی مدت ۲ ماه پرسشنامه‌ها توسط ۴۹ تکمیل و ارسال گردید. بعد از محاسبه نمرات به دست آمده از اجرای آن‌ها، از بین زنانی که به طور داوطلبانه تمایل به شرکت در پژوهش داشتند و با توجه به نمره برش بالاتر از ۹ در پرسشنامه‌ی وسواس ییل‌براون ۴۲ نفر گزینش گردیدند. در نهایت ۳۰ نفر که نمرات بالاتری نسبت به بقیه افراد در پرسشنامه‌های وسواس ییل‌براون و حساسیت اضطرابی و درآمیختگی افکار به دست آورده بودند و با توجه به مصاحبه بالینی و معیارهای ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود در پژوهش عبارت‌اند از تشخیص اختلال وسواس فکری عملی بر اساس مصاحبه‌ی بالینی و ملاک‌های (DSM-5)، کسب نمره‌ی بیشتر از ۹ در پرسشنامه ییل‌براون و داشتن نمره بالا در پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی و درآمیختگی افکار؛ عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم دریافت روان‌درمانی‌های دیگر حین انجام پژوهش؛ حداقل تحصیلات سوم راهنمایی برای قابلیت درک و فهم مطالب ارائه شده و رضایت از شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش؛ عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای دست‌یابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه وسواس ییل براون[1]**:** این مقیاس توسط گودمن[2] ۱۹۸۶ تدوین شده است و یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که دو بخش دارد: یکی سیاهه نشانه (SC[3]) و دیگری مقیاس شدت (SS[4]). ۱۶ گویه SC در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت خود گزارش‌دهی پاسخ داده می‌شود. ۱۰ گویه در SS هر یک از وسواس‌ها و اجبارها در پنج بُعد میزان آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت و کنترل نشانه‌ها برآورد می‌شود. محققان علاوه بر ده ماده مقیاس، گویه یازدهم را برای سنجش بینش استفاده کرده‌اند (Onen, Karakas Ugurlu, & Caykoylu, 2013). در آخرین پژوهش راجزی اصفهانی، متقی‌پور، کامکاری، ظهیرالدین و جان بزرگی (Rajezi Esfahani, Motaghipour, Kamkari, Zahiredin, & Janbozorgi, 2012) اعتبار همگرای این ابزار را از طریق همبستگی آن با خرده مقیاس وسواس فکری عملی scl-90 بررسی کردند و ضریب همسانی درونی کندال عامل وسواس فکری sc، عامل وسواس عملی sc و نمره‌ی کل sc و ss با نمره خرده مقیاس وسواس فکری عملی scl-90 را به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۴۶، ۰/۴۸ و ۰/۲۲ گزارش کردند. همچنین اعتبار همگرای Y-BOCS با تشخیص وسواس فکری عملی را برابر با ۰/۶۹ گزارش کردند. این محققین ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه و مقیاس شدت را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و پایایی بازآزمایی را ۰/۹۹ گزارش کردند. بر اساس پرسشنامه وسواس فکری عملی ییل‌براون نقطه‌ی برش ۹ معرف بیماری است. در نسخه‌ی اصلی (غیر فارسی) ییل‌براون، نقطه برش توسط گودمن ۱۹۸۶ معرف بیماری ۱۶ ذکر شده است (Bahrammasiri & Kiyan-Ersi, 2019).

مقیاس حساسیت اضطرابی[5]**:** این پرسشنامه توسط ریس[6] ۱۹۸۶ طراحی شده که دارای ۱۶ گویه است و به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است. ساختار این پرسشنامه از سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی[7]، ترس از عدم کنترل شناختی[8] و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران تشکیل شده که بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۰ تا ۴) از خیلی کم تا خیلی زیاد است. درجه‌ی تجربه‌ی ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۶۴ است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی و اعتبار بازآزمایی بالای آن را نشان داده است (Floyd, Garfield, & LaSota, 2005). ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. همبستگی بین

1. Yale- Brown obsessive compulsive scale
2. Goodman
3. symptom checklist
4. severity scale
5. anxiety sensitivity index- revision
6. Reiss
7. fear of somatic sensations
8. fear of cognitive dyscontrol

خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود (Birami, Akbari, Ghasempoor, & Azimi, 2012). کسب نمره بالا و نزدیک به ۶۴ در این پرسشنامه به معنی آن خواهد بود که فرد حساسیت اضطرابی بالایی دارد و اخذ نمره ۱۶ در این آزمون به معنی آن خواهد بود که فرد حساسیت اضطرابی پایینی را تجربه می‌کند (Nargesi, Fathi-Ashtiani, Davodi, & Ashrafi, 2018).

پرسشنامه درآمیختگی افکار[1]: پرسشنامه درآمیختگی افکار (Wells, Gwilliam, & Cartwright-Hatton, 2001)، یک آزمون خود سنجی ۱۴ گویه است که باورهای رایج را در زمینه‌ی معنی و قدرت افکار می‌سنجد. TFR در مدل فراشناختی دارای سه مقوله معرفی شده است که شامل درآمیختگی فکر- عمل، درآمیختگی فکر- رویداد، درآمیختگی فکر- شیء است. پاسخ‌ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای و از ۰= هیچ اعتقادی ندارم تا ۱۰۰= کاملاً معتقدم و به صورت ده‌تایی نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره قابل اکتساب در پرسشنامه، ۱۴۰۰ است. خرم‌دل، ربیعی، مولوی و نشاط دوست (Khoramdel, Rabiee, Molavi, & Neshatdoost, 2010) در مطالعه‌ای بر روی ۱۳۰ نفر در یک نمونه ایرانی ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی برای TFI را به ترتیب (۰/۸۷ و۰/۷۳) گزارش کردند. داده‌های روایی همگرا ضریب همبستگی بین آزمون درآمیختگی افکار و پرسشنامه درآمیختگی فکر-کنش را ۰/۶۵ نشان داد. در این پژوهش همچنین بیماران OCD به طور معنی‌داری نمرات بالاتری از جمعیت بهنجار در TFI به دست آوردند (Khoramdel et al., 2010).

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ روش نیمه آزمایشی و از لحاظ هدف کاربردی است و به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. پس از پیش‌آزمون و تعیین و جایگزینی تصادفی در دو گروه، درمان فراتشخیصی به شیوه گروهی طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اعمال شد. در پایان جلسات آموزش، مجدداً از دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد.

جدول ۱: دیاگرام پژوهش

گروه‌ها	گمارش تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون
آزمایش	R_E	T_1	X_1	T_2
کنترل	R_C	T_2	–	T_2

1. Thought Fusion Instrument

شیوه‌ی اجرا

درمان فراتشخیصی توسط بارلو و همکاران (Barlow et al., 2011) طراحی شده است که به شیوه‌ی گروهی در این پژوهش اجرا شد. شرح جلسات در جدول شماره ۲ آمده است:

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزشی بر اساس درمان فراتشخیصی

جلسه اول	برقراری رابطه با اعضاء گروه، توضیح در مورد ماهیت اختلال وسواس فکری عملی، افزایش انگیزه برای مشارکت بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
جلسه دوم	آموزش روانی، شناسایی و ردیابی تجارب هیجانی.
جلسه سوم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده هیجانی (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجان‌ها) با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی.
جلسه چهارم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
جلسه پنجم و ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان؛ بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی و شناسایی رفتارهای هیجان-خواست ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارو شدن با رفتارها.
جلسه هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
جلسه هشتم و نهم	رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی، آموزش نحوه‌ی تهیه سلسله مراتب اجتناب هیجانی و موقعیتی، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
جلسه دهم	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که شرکت‌کنندگان در پژوهش از نظر جنسیت، زن بودند. آزمودنی‌ها پژوهش در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۲/۰۲ و انحراف معیار ۷/۶۴ و میانگین در گروه کنترل ۳۴/۱۳ و انحراف معیار ۸/۸۲ است. گروه آزمایش از نظر سطح تحصیلات ۶/۶۷ درصد زیر دیپلم، ۳۳/ ۳۳ درصد دیپلم و فوق‌دیپلم، ۶۰ درصد لیسانس و فوق‌لیسانس و در گروه کنترل

۱۳/۳۳ درصد زیر دیپلم، ۲۰ درصد دیپلم و فوق‌دیپلم، ۶۶/۶۷ درصد لیسانس و فوق‌لیسانس بودند. از نظر شغل در گروه آزمایش ۲۶/۶۷ درصد خانه‌دار، ۲۰ درصد دانشجو و ۳۳/۳۳ درصد کارمند، ۲۰ درصد شغل آزاد و در گروه کنترل ۴۰ درصد خانه‌دار، ۶/۶۷ درصد دانشجو، ۶۰ درصد کارمند، ۱۳/۳۳ درصد شغل آزاد بودند. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار و علائم وسواس فکری عملی به صورت مجزا در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
حساسیت اضطرابی	۵۲/۷۳	۱۰/۸۹	۳۶/۸۰	۹/۷۰	۵۳/۱۹	۱۰/۴۲	۵۱/۹۸	۱۰/۰۵
درآمیختگی افکار	۷۸۴/۳۳	۱۴۸/۴۱	۵۵۴/۶۷	۱۴۱/۳۷	۷۲۵/۶۷	۱۲۹/۱۴	۷۹۴/۳۳	۱۲۷/۵۶
علائم وسواس فکری عملی	۱۶/۹۷	۴/۵۳	۱۲/۰۶	۳/۱۳	۱۶/۲۳	۲/۷۴	۱۶/۴۰	۲/۵۶

با توجه به این‌که آزمون فرضیه‌های این پژوهش نیازمند استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بود، باید از رعایت پیش‌فرض‌های این آزمون اطمینان حاصل کرد. نتایج حاصل از بررسی این پیش‌فرض‌ها در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن نمرات کلیه‌ی متغیرها در مرحله‌ی پیش‌آزمون

متغیر	گروه	آماره	df	p
حساسیت اضطرابی	آزمایش	۰/۲۰۳	۱۵	۰/۰۹۶
	کنترل	۰/۱۶۹	۱۵	۰/۲۰۰
درآمیختگی افکار	آزمایش	۰/۲۰۳	۱۵	۰/۰۹۵
	کنترل	۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۱۱
علائم وسواس فکری عملی	آزمایش	۰/۱۸۴	۱۵	۰/۱۸۲
	کنترل	۰/۲۱۵	۱۵	۰/۰۶۰

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش باقی است، یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی

حاصل اتفاقی است (p <۰/۰۵). با این‌که تعداد دو گروه برابر است و نیاز به رعایت پیش‌فرض برابری واریانس نیست، برای افزایش ضریب اعتماد نتایج آزمون‌های پارامتریک، از آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس برای تک‌تک متغیرها استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در کلیه‌ی متغیرها

متغیرهای پژوهش	F	df 1	df 2	*p*
حساسیت اضطرابی	۴/۶۳۴	۱	۲۸	۰/۰۵۶
درآمیختگی افکار	۰/۱۶۹	۱	۲۸	۰/۶۸۴
علائم وسواس فکری عملی	۳/۴۱۴	۱	۲۸	۰/۰۷۵

چنانکه در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، بین واریانس گروه‌ها در هیچ‌کدام از متغیرهای حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار و علائم بالینی وسواس در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی تفاوت معناداری وجود ندارد و واریانس گروه‌ها با هم برابر است (p >۰/۰۵). لذا پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برای کلیه‌ی متغیرها رعایت شده است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد. برای بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار و کاهش علائم افراد مبتلا به وسواس فکری عملی از تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. نتایج در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) مربوط به گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار و علائم وسواس فکری عملی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	*p*	مجذور اتا	توان آماری
حساسیت اضطرابی	گروه	۱۳۱/۷۶۱	۱	۱۳۱/۷۶۱	۹۳/۳۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱	۰/۹۹۹
	خطا	۳۸/۵۵۱	۲۷	۱/۳۹۱				
درآمیختگی افکار	گروه	۲۱۶۳۸/۹۳۴	۱	۲۱۶۳۸/۹۳۴	۷۱/۷۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۹۹
	خطا	۷۴۱۸۹/۹۷۲	۲۷	۳۳۴۲/۳۶۹				
علائم وسواس فکری عملی	گروه	۱۱۷/۶۴۰	۱	۱۱۷/۶۴۰	۴۵/۵۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸	۰/۹۹۹
	خطا	۶۹/۷۰۳	۲۷	۲/۵۸۲				

بر اساس نتایج حاصل از جدول ۶، بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار، علائم وسواس فکری عملی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p <۰/۰۱). در این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنی‌دار است (p <۰/۰۱). میزان این تأثیر گروهی به ترتیب ۰/۷۳۱، ۰/۶۶۹ و ۰/۶۲۸ بوده است. توان آماری ۰/۹۹۹ نیز نشان‌دهنده‌ی کفایت حجم نمونه و پایین بودن خطای نوع دوم است.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر حساسیت اضطرابی، درآمیختگی افکار وکاهش علائم افراد مبتلا به وسواس فکری عملی انجام شد. از یافته‌های پژوهش حاضر چنین برمی‌آید که درمان فراتشخیصی بر کاهش حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی مؤثر بوده است. نتایج حاصل از این فرضیه‌ها با یافته‌های فارچیون و همکاران (Farchione et al., 2012)، بهرام‌خانی (Bahramkhani, 2016)، چو و همکاران(Chu et al., 2016)، تیمپانو و همکاران (Timpano et al., 2016)، گیلان، فینبرگ و روبینز(Gillan, Fineberg, & Robbins, 2017)، نرگسی و همکاران (Nargesi et al., 2018)، حسن پور و همکاران (Hasanpoor et al., 2019) و صدیق و همکاران (Sedigh et al., 2021) مبنی بر اثربخشی مداخلات فراتشخیصی به عنوان یک درمان امیدوارکننده جهت پیشگیری و کاهش علائم اضطراب و افسردگی و تنظیم هیجان و نقش متغیرهای مربوط در اختلال وسواس، مشابه و همسو بود. همان‌طور که اشاره شد حساسیت اضطرابی از جمله متغیرهای واسطه‌ای مهم بین استرس و بیماری است (Hale, Goldstein, Abramowitz, Calamari, & Kosson, 2004) و ناتوانی در تنظیم هیجانات، سبب می‌گردد افراد هنگام مواجهه با شرایط استرس‌آور، نگرانی و به تبع آن اضطراب و درماندگی نشان دهند و برای رهایی از هیجان‌ها و افکار ناشی از این موقعیت‌ها، راهکاری نامناسب را استفاده کنند. در درمان فراتشخیصی افراد می‌آموزند که هیجانات خود را بیشتر بشناسند و با پایش و ردیابی تجربه‌های هیجانی خود، آگاهی بیشتری از راه‌اندازها، نحوه‌ی واکنش و پاسخ خود به هیجان‌ها و پیامدهای کوتاه و بلندمدت این پاسخ‌ها به مرور کسب کنند تا سبب عدم استفاده از راهبردهای ناسازگارانه و اجتناب گردد، زیرا اجتناب منجر به حفظ الگوهای فعلی واکنش دهی هیجانی می‌شود. شناخت راهبردهای اجتناب از هیجان و سپس اصلاح آن‌ها، موجب عادت کردن و مهم‌تر از آن فرآیند خاموشی می‌شود، همچنین باعث حس کنترل یا

کارایی در بیمار برای مهار کردن نتیجه‌ای که بیم آن می‌رود و در نهایت بیمار باورهای موجود را به چالش می‌کشد و باورهای عقلانی‌تر در مورد موقعیت از جمله توانایی تحمل هیجان‌های منفی و کاهش اضطراب پیدا می‌کند. همچنین در مهارت آگاهی عینی و غیر قضاوتی این امکان را می‌دهد تا فرد تعبیر فاجعه‌بار یا ناسازگار هیجان‌های خود و همچنین واکنش‌های رفتاری ناسازگارانه به آن‌ها را بهتر بشناسد. افزون بر آن با تمرین آگاهی متمرکز بر حال از تجارب هیجانی خود که به عنوان یک مهارت مهم، امکان رصد واکنش‌های هیجانی (افکار، احساس‌ها و حس‌های بدنی و رفتارها) را در هنگام رخ دادن در زمینه‌ی کنونی فراهم می‌کند. طی ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد نسبت به تجارب درونی خود پذیرش داشته باشد و با تجارب درونی خود رابطه‌ی بهتری برقرار کند؛ لذا، متعاقب آن به نظر می‌رسد تغییراتی در زمینه کاهش حساسیت اضطرابی در فرد حاصل شده است. ویتون، مهفی، تیمپانو، برمن و آبراموویتز (Wheaton, Mahaffey, Timpano, Berman, & Abramowitz, 2012) گزارش کردند که افراد دچار OCD، در بازیابی و پردازش محرک‌هایی که به‌گونه‌ای اضطراب‌زا هستند دچار سوءتعبیر می‌باشند و نتایج و عواقب ترس را به‌گونه‌ای اغراق‌آمیز عامل بروز حوادث مضر و بد می‌دانند. بر این اساس حساسیت اضطرابی بر عملکرد شناختی افراد مبتلا به وسواس اثر گذاشته و موجب تحریف‌های ادراکی نیز می‌شود. یک تبیین دیگر می‌تواند این باشد که افرادی که افکار وسواسی دارند ترس از قضاوت شدن توسط دیگران را دارند و به همین دلیل سعی در مخفی کردن آن‌ها دارند و فکر می‌کنند که اضطراب آن‌ها می‌تواند پرده از افکارشان بردارد و به همین دلیل حتی علائم اضطراب هم در آن‌ها ترس و احساس گناه ایجاد می‌کند و نسبت به اضطراب حساسیت پیدا می‌کنند.

بنابراین می‌توان به تأکیدی که درمان فراتشخیصی بر افزایش آگاهی از نقش احساس‌های بدنی در تجارب هیجانی دارد، اشاره کرد. در این پروتکل مجموعه‌ای از تمرین‌های مواجهه با علائم بدنی اجرا می‌شود تا احساس‌های بدنی مشابه با اضطراب و پریشانی را فراخوانی کند و این باعث می‌شود مراجع نحوه‌ی اثرگذاری احساس‌های بدنی در افکار و رفتارها و تأثیر متقابل آن‌ها در احساس‌های بدنی را درک کند و همین باعث می‌شود مراجع در جریان مواجهه با علائم بدنی به‌تدریج تحمل خود را نسبت به این احساس‌ها افزایش دهد. در همه‌ی مواجهه‌ها تأکید بر مواجهه‌ی کامل با موقعیت است تا الگوهای اجتناب و سایر رفتارهای ایمنی شناخته شوند و ضمن تمرین مواجهه این رفتارها کاهش یا حذف شوند تا یادگیری جدید تسهیل شده و حافظه نویی ایجاد شود. طبق این الگو، تمایل افراد به انجام رفتارهای اجتنابی یا سرکوب هیجانی با تمایل به رویارویی، جایگزین می‌شوند.

زمانی که فرد با افکار وسواسی خود مواجه می‌شود به دلیل حساسیت اضطرابی یعنی ترس از ترس‌های خود که آن‌ها را فاجعه می‌پندارد، احساس می‌کند دیگر نمی‌تواند آن‌ها را کنترل کند و برایش غیرقابل تحمل است و یا به بیماری بدی دچار شده باشد، سعی در اجتناب از این افکار دارد و همین‌طور که می‌دانیم هرگونه اجتناب از افکار باعث فکر بیشتر در مورد آن می‌شود و ذهن تمایل بیشتری به فکر کردن درباره آن را پیدا می‌کند. درمان‌های فراتشخیصی با تکنیک‌های مواجهه‌ای، تنظیم هیجان و درمان‌های شناختی سعی در کاهش افکار مربوط به این ترس‌ها و تنظیم هیجان ترس و پریشانی را دارد تا فرد دیگر نیاز به اجتناب از آن نداشته باشد و بتواند ترس‌ها و افکار خود را شناسایی کند، با آن‌ها مواجه شود و سعی در تنظیم این هیجانات و اصلاح باورهای فاجعه‌آمیز داشته باشد.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان فراتشخیصی بر کاهش درآمیختگی افکار در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی مؤثر بوده است. هرچند با بررسی منابع در دسترس، پژوهشی که به اثربخشی درمان فراتشخیصی بر درآمیختگی افکار در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی بپردازد یافت نشد، بااین‌حال به صورت غیرمستقیم با یافته‌های حسن پور، آقایوسفی، ضمیر و علی‌پور (Hasanpoor, Aghayousefi, Zamir, & Alipoor, 2019) که درمان فراتشخیصی به طور معناداری باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود در تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به OCD شده است؛ اکبری و همکاران (Akbari et al., 2015) مبتنی بر اینکه درمان فراتشخیصی یکپارچه در درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و افکار تکرارشونده در اختلالات هیجانی، مؤثر بوده است، همخوانی دارد. در تبیین یافته‌های حاصل از این فرضیه می‌توان گفت که در درمان فراتشخیصی از طریق بررسی ارزیابی‌ها و تغییر ارزیابی‌های شناختی، به بیماران نسبت به شیوه‌ی تفسیر خود از موقعیت‌ها و درک این‌که افکار چگونه بر روی هیجاناتشان اثر می‌گذارند و همچنین برعکس، چگونه هیجان‌ها بر روی افکار تأثیر می‌گذارند، آگاهی بیشتری می‌دهد. تأثیر بر پردازش هیجانی باعث تغییر در ارزیابی‌های شناختی می‌شود. وقتی خلق منفی کاهش می‌یابد، سبک‌های تفکر و ارزیابی ناکارآمد کاهش یافته که این منجر به کاهش باورهای غیرمنطقی و این امر نهایتاً به کاهش اضطراب منجر می‌شود (Barlow et al., 2011). گاهی اوقات ارزیابی‌ها طوری آموخته می‌شود که در واقع به طور خودآیند و بدون آگاهی کامل فرد رخ می‌دهند، در درمان از طریق تکنیک پیکان نزولی دقیقاً شناسایی می‌کنیم که در یک موقعیت خاص فرد به خودش چه چیزی می‌گوید و به فرد یاد می‌دهیم باورهای درآمیختگی، دام‌های شایع تفکر هستند. هدف از این تمرین برای مراجعان این بود که بپذیرند وقتی آن‌ها فرض می‌کنند فکر وسواسی بسیار تهدیدآمیز یا خطرناک است، ارزیابی‌های نادرستی ایجاد می‌کنند که

می‌تواند روی شیوه احساس و رفتار آن‌ها تأثیر بگذارد. فرد با تکنیک‌های شناختی و رفتاری با این افکار مواجه می‌شود و بدون اجتناب سعی در اصلاح آن را پیدا می‌کند. زمانی که فرد با افکار و تکانه‌های وسواسی خود مواجه می‌شود به دلیل درآمیختگی فکر و عمل که در افراد وسواسی دیده می‌شود منجر به اجتناب از این افکار می‌شود تا از عمل این تکانه جلوگیری گردد و همان‌طور که می‌دانیم هرگونه اجتناب از افکار باعث افزایش فکر و تمایل بیشتر ذهن به فکر کردن درباره‌ی آن می‌شود. درمان‌های فراتشخیصی با تکنیک‌های مواجههای، تنظیم هیجان و درمان‌های شناختی سعی در کاهش افکار مربوط به این ترس‌ها و تنظیم هیجان ترس و پریشانی را دارد تا فرد دیگر نیاز به اجتناب از آن را نداشته باشد و بتواند ترس‌ها و افکار خود را شناسایی کند، با آن‌ها مواجه شود و سعی در تنظیم این هیجانات و اصلاح باورهای آمیختگی داشته باشد که قرار نیست هر فکری حتماً در عمل اتفاق بیفتد و فکر کردن در مورد مسئله‌ای قرار نیست به اندازه‌ی انجام آن بد باشد. فرد با تکنیک‌های شناختی و رفتاری با این افکار مواجه می‌شود و بدون اجتناب روشی برای اصلاح آن‌ها پیدا می‌کند.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم وسواس در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی مؤثر بوده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های حسن پور و همکاران (Hasanpoor et al., 2019) مبنی بر اینکه درمان فراتشخیصی به طور معناداری باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود در تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به OCD شده است، همسو است. همچنین در پژوهشی دیگر نیز اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحمل ابهام و آمیختگی افراد مبتلا به وسواس فکری عملی تأیید شده است و نتیجه نشان داده است که این درمان با بهره‌گیری از فنونی همانند شناسایی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، ارزیابی و شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و بررسی رفتارهای ناشی از هیجان می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت افزایش تحمل ابهام و کاهش آمیختگی افراد مبتلا به وسواس مورد استفاده قرار گیرد (Sedigh et al., 2021). همچنین آلن و همکاران (Allen et al., 2010)، بیوسیو، فارچیون، فارهولم، الارد و بارلو (Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard, & Barlow, 2010)، فارچیون و همکاران (Farchione et al., 2012)، نورتون و بارِرا (Norton & Barrera, 2012)، عبدی، بخشی‌پور رودسری و محمود علیلو (Abdi, Bakhshipour Roodsari, & Mahmood Aliloo, 2013)، بهرام‌خانی (Bahramkhani, 2016) و گیلان و همکاران (Gillan et al, 2017) مبنی بر اینکه درمان فراتشخیصی در بیماران مبتلا به اختلال‌های هیجانی مثل اضطراب، افسردگی، وسواس مؤثر بوده است، همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد دارای وسواس فکری عملی در برخورد با یک موقعیت یا محرک برانگیزنده یکسری افکار مزاحم، تصاویر ذهنی یا تکانه سراغشان می‌آید که پریشانی، ناراحتی و اضطراب زیادی برایشان ایجاد می‌کند، در پی آن ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب (مثل، ترس از عدم کنترل اضطراب، ترس از مشاهده اضطراب توسط دیگران و یا نگرانی از احساس‌های بدنی) و درآمیختگی افکار (مثل فکر کردن در مورد یک حادثه باعث رخ دادن آن می‌شود، فکر آلوده بودن اشیاء باعث آلودگی آن‌ها می‌شود) در فرد ایجاد می‌شود. به دنبال آن پیامدهای یک واقعه را بزرگ‌نمایی می‌کند و توانایی خود برای مواجه‌شدن با آن دست‌کم گرفته و همچنین خطرات را بیشتر از آن چیزی که هست برآورد می‌کند که این احتمال شروع رفتارهای خنثی‌کننده‌ی اضطراب را افزایش می‌دهد (Saed, RasooliAzad, & MohammadiBaytmer, 2017)؛ بنابراین، تلاش می‌کند اجتناب، اطمینان‌طلبی، رفتارهای تکراری انجام دهد تا اضطراب کاهش و کنترل بر اوضاع داشته باشد. این سیکل سبب تشدید این چرخه، باقی ماندن و افزایش فکر و تکرار اعمال وسواسی می‌گردد. زمانی که فرد در مورد ترس‌ها و پریشانی‌های خود فکر می‌کند و در مورد آن‌ها اغراق می‌کند از این افکار می‌ترسد و سعی در اجتناب از این افکار و هیجان‌ها را دارد و یا با رفتارهای وسواسی سعی در کاهش این پریشانی و افکار را دارد و هر چه قدر اجتناب‌ها و رفتار وسواسی ناشی از این افکار بیشتر باشد، علائم وسواس بیشتر خود را نشان می‌دهد و این چرخه همچنان ادامه پیدا می‌کند. درمان فراتشخیصی با شناسایی افکار مربوط به این پریشانی‌ها یعنی افکار فراشناختی و اصلاح آن‌ها (قرار نیست هر فکری فاجعه‌آمیز باشد و یا قرار نیست هر فکری منجر به عمل شود) و با شناسایی هیجان‌ها و ترس‌های افراد و کمک به ابراز و تنظیم آن‌ها (شناسایی ترس‌های فرد از افکار و تکانه‌های خود و ابراز و تنظیم آن بدون فکر کردن فاجعه‌آمیز درباره آن) و همچنین کمک به مواجهه‌سازی به منظور عدم اجتناب از این افکار و رفتار، باعث بهبود علائم وسواسی در فرد می‌شود یعنی زنجیره این چرخه را در هم می‌شکند.

وقتی فرد زمان و تلاش زیادی را صرف اجتناب از تجارب درونی دردناک مانند نگرانی‌ها و هیجانات مثبت و منفی می‌کند، تماس وی با تجارب حال حاضر کاهش یافته در چنین شرایطی، حیطه‌های زندگی فرد با نگرانی‌ها و حالات هیجانی که از سوی وی به صورت منبع درد و رنج دیده می‌شود، محدود شده و به کاهش کیفیت زندگی فرد منجر می‌شود (Kashdan, Morina, & Priebe, 2009).

با توجه به ارتباط بین فکر، اضطراب، عمل وسواسی در درمان فرد می‌آموزد تا درک بهتری از تعامل آن‌ها و تجربه‌های هیجانی خود کسب کند و این نکته که تجربه‌های هیجانی منفی انزجاری نیستند و نیازی

به کاهش آن‌ها نیست و حتی ارزش کارکردی و انطباقی دارند و تأکید بر کاهش واکنش‌های منفی (از جمله اجبارها) می‌شود. بدین ترتیب با کاهش درآمیختگی افکار و حساسیت اضطرابی افراد از طریق شناسایی ارزیابی‌های خودآیند ناسازگارانه تفکر، ارزیابی مجدد و انعطاف‌پذیری شناختی و انجام تمرین‌های مواجهه و افزایش تحمل در برابر اضطراب و پریشانی طی جلسات درمان به مراجعان کمک می‌شود تا میزان علائم وسواس را کمتر و کارکرد خود را افزایش دهند.

در نهایت با توجه به نتایج که درمان فراتشخیصی به شیوه گروهی به عنوان درمانی کوتاه‌مدت سودمند شناخته شد، می‌تواند به عنوان درمانی مقرون به‌صرفه در نظر گرفته شود که در بهبود نشانه‌ها و تعدیل هیجان‌های افراد دچار OCD مؤثر است و به محققان آینده پیشنهاد می‌شود میزان اثربخشی این روش را بر سایر روش‌های مداخلاتی مقایسه و ارزیابی نمایند. از جمله محدودیت‌ها می‌توان به شرایط به وجود آمده از بیماری کرونا و جلب رضایت افراد جهت همکاری برای انجام نمونه‌گیری و استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه اشاره کرد و همچنین تنظیم پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین که ممکن است در دقت پاسخ‌گویی افراد تأثیر گذاشته باشد. محدودیت دیگر تک جنسیتی بودن نمونه که تعمیم‌پذیری نتایج را دشوار می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده متغیرهای مذکور در جامعه مردان موردبررسی قرار گیرد و جهت بررسی نقاط قوت و ضعف و نیز ارزیابی تداوم تأثیر آموزش‌ها در طولانی‌مدت، اجرای آزمون‌های پیگیری به فواصل منطقی استفاده شود.

References

Abdi, R., Bakhshipour Roodsari, A., & Mahmood Aliloo, M. (2013). Efficacy of unified transdiagnostic treatment on reduction of transdiagnostic factors and symptoms severity in emotional disorders. *Journal management system*, 13(4), 1-27.(In Persian) .

Akbari, M., Roshan, R., Shaabani, A., Fata, L., Shairi, M. R., & Zarghami, F. (2015). The comparison of the efficacy of transdiagnostic therapy based on repetitive negative thoughts with unified transdiagnostic therapy in treatment of patients with cooccurrence anxiety and depressive disorders. A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 21(2), 88-107.(In Persian) .

Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2010). Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for Panic Disorder: Relationship of Anxiety and Depression Comorbidity with Treatment Outcome. J*ournal of Psychopathologyand Behavioral Assessment*, 32(2), 185-192.

Amani, M., Abolghasemi, A., Ahadi, B., & Narimani, M. (2013). The Prevalence of obsessive-compulsive disorder among women 20 to 40 years old of in Ardabil city. *Journal of Fundamental of mental health*, *15*(3), 233 -241. (In Persian) .

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th, DSM-5* (F. Rezaei, A. Fakhraei, A. Farmand, A. Niloufari, J. Hashemi Azar, & F. Shamloo, Trans.): Tehran: Arjmand Book.

Bahramkhani, M. (2016). Structural validity of the transdiagnostic "triple vulnerability" model and effectiveness of unified protocol for the transdiagnostic transdiagnostic on emotional disorders. (In Persian) .

Bahrammasiri, A., & Kiyan-Ersi, F. (2019). The Effectiveness of Mindfulness Training on Reduction of Obsessive Compulsive Disorder Symptoms and Increase Marital Satisfaction of Married Women. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 21(7), 18-27. (In Persian) .

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2006). *Mastery of your anxiety and panic (4thed)*: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K ,.Boisseau, C. L., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Treatments that work. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*: Oxford University Press.

Birami, M., Akbari, E., Ghasempoor, A., & Azimi, Z. (2012 .(An Investigation of anxiety sensitivity, meta worry and components of emotion regulation in students with and without social anxiety *Clin Psychol Stud, 2*(8), 43-69. (In Persian) .

Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-113 .

Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety sesitivity and interoceptive exposure: a transdiagnostic construct and change strategy. *Behaviour Researh and Therapy*, *44*(3), 417-431. doi:10.1016/ j. beth.2013.03.0006

Chu, B. C., Crocco, S. T., Esseling, P., Areizaga, M. J., Lindner, A. M., & Skriner, L. C. (2016). Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 76, 65-75.

Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. In A.M. Kring & D? M. Sioan (Eds) ,*Emotion regulation, and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment.* New York: Guilford Press., 283-309 .

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy, 43*(3), 666-678 .

Floyd, M., Garfield, A., & LaSota, M. T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1223-1229 .

Gillan ,C. M., Fineberg, N. A., & Robbins, T. W. (2017). A trans-diagnostic perspective on obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*, 47(9), 1528-1548.

Hale, L. R., Goldstein, D. S., Abramowitz, C. S., Calamari, J. E., & Kosson, D .S. (2004). Psychopathy is related to negative affectivity but not to anxiety sensitivity. *Behaviour research and therapy*, 42(6), 697-710 .

Hasanpoor, P., Aghayousefi ,A., Zamir, M., & Alipoor, A. (2019). The effectiveness of transdiagnostic treatment on experiential avoidance and cognitive emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder and its comparison with exposure and prevention response therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *11*(3), 25-38. doi:10.22075/JCP.2019.17816.1674. (In Persian).

Jones, P. J., Mair, P., Riemann, B. C., Mugno, B. L., & McNally, R. J. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders, 53,* 1-8 .

Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of anxiety disorders, 23*(2), 185-196 .

Khoramdel, K., Rabiee, M., Molavi, H., & Neshatdoost, H. T. (2010). Psychometric properties of thought fusion instrument (TFI) in students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 16*(1), 74-78. (In Persian) .

McCabe, R. E., Rowa, K., Farrell, N. R., Young, L., Swinson, R. P., & Antony, M. M. (2019). Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders,* 22, 100446 .

McWilliams, L. A., Clara, I. P., Murphy, P. D., Cox, B. J., & Sareen, J. (2008). Associations between arthritis and a broad range of psychiatric disorders: findings from a nationally representative sample. *The Journal of Pain, 9*(1), 37-44 .

Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). *Emotion regulation therapy. Handbook of emotion regulation*. 2, 469-490 .

Nargesi, F., Fathi-Ashtiani, A., Davodi, I., & Ashrafi, E. (2018). The mediating role of difficulties in emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance with obsessive-compulsive symptoms. *Middle Eastern Journal of Disability Studies, 8,* 9-9. (In Persian) .

Norton, P. J., & Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety, 29*(10), 874-882 .

Onen, S., Karakas Ugurlu, G., & Caykoylu, U. (2013). The relationship between metacognitions and insight in obsessive–compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry,* 54(5), 541-548. doi:10.1016/j.comppsych.2012.11.0006

Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour research and therapy,* 31(2), 149-154 .

Raines, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W., & Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*(2), 71-76 .

Rajezi Esfahani, S., Motaghipour ,Y., Kamkari, K., Zahiredin, A., & Janbozorgi, M. (2012). Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology, 17*(4), 297-303. (In Persian) .

Richey, J. A., Schmidt ,N. B., Hofmann, S. G., & Timpano, K. R. (2010). Temporal and structural dynamics of anxiety sensitivity in predicting fearful responding to a 35% CO2 challenge. *Journal of anxiety disorders, 24*(4), 423-432 .

Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review, 34*(3), 256-271 .

Saed, O., RasooliAzad, M., & MohammadiBaytmer, J. (2017). Preparedness for change as a unified protocol predictor for patients with obsessive-compulsive disorder coexisting with other disorders. *Contemporary Psychology*, 12, 893-897.(In Persian).

Sedigh, F., Haghayegh, S. A., Mousavi, E., & Farhadi, H. (2021). Effectiveness Of Unified Transdiagnostic Treatment On Tolerance Of Uncertainty And Thought-Action Fusion In The Patients With Obsessive Compulsive Disorder (Ocd). *medical journal of mashhad university of medical sciences,* 64(2). (In Persian).

Timpano, K. R., Raines, A. M., Shaw, A. M., Keough, M. E., & Schmidt, N. B. (2016). Effects of a brief anxiety sensitivity reduction intervention on obsessive compulsive spectrum symptoms in a young adult sample. *Journal of psychiatric research,* 83, 8-15 .

Wells, A. (2009 .(Meta-cognition therapy of anxiety and Depression. *New York: Guilford Press.* .

Wells, A., Gwilliam, P., & Cartwright-Hatton, S. (2001). The Thought Fusion Instrument (unpublished self-report scale). *UK: University of Manchester* .

Wheaton, M. G., Mahaffey, B., Timpano, K. R., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry,* 43(3), 891-896 .